

予防接種済証明書

帝京山梨看護専門学校 殿

学籍番号()

被接種者氏名

生年月日(西暦) 年 月 日生

予防接種種類	接種年月日(西暦)	接種回数	ロット番号/メーカー名	接種者署名(医療機関名)
麻疹	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
風疹	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
水痘	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
流行性 耳下腺炎	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
B型肝炎	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
	年 月 日	回目		
B型肝炎 抗体検査	年 月 日	測定値(数値を記入して下さい)		
	検査方法(○をつけて下さい)			
	・EIA法 ・CLIA法 ・RIA法 ・CLEIA法			※判定基準 10mIU/ml以上